

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres
.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych

..... ,
(nazwisko i imię osoby kierowanej)

(stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)

związanych z pobytem w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym dla Dzieci i Młodzieży w
Bacikach Średnich SP ZOZ w Siemiatyczach.

.....
Podpis rodziców
lub ustawowego opiekuna